

La sialorrhée est physiologique avant 18 mois et tolérée jusqu'à quatre ans ; au-delà, elle devient pathologique. Elle est fréquente chez l'enfant paralysé cérébral (PC) et responsable d'altération de la qualité de vie. Les traitements médicamenteux présentent des limites d'efficacité et de tolérance ; depuis 2001 la toxine botulique (TB) apparaît comme traitement potentiel de la sialorrhée de l'enfant PC (Jongerius et al., *Eur J Pediatr* 2001). Or, malgré une littérature scientifique de plus en plus importante sur ce sujet, les pratiques demeurent disparates.

Objectif.— Une revue exhaustive de la littérature a été réalisée pour faire un état des lieux des modalités d'utilisation de la TB dans la sialorrhée de l'enfant PC, afin de dégager, si possible, un protocole adapté à une pratique quotidienne.

Méthode.— Les bases de données utilisées étaient Medline, Embase et Cochrane Library. Les mots clefs choisis étaient « sialorrhea », « drooling », « children » et « botulinum toxin ». Seules les études en langue anglaise étaient retenues. L'âge des enfants PC ne devait pas être inférieur à quatre ans. Le type de TB utilisé devait être précisé. Les données recherchées étaient : les critères d'évaluation, les mesures d'efficacité, les effets secondaires et le protocole d'injection.

Résultats.— Sur 32 articles sélectionnés en première lecture, neuf ont été finalement retenus : trois essais contrôlés randomisés, quatre essais non contrôlés et deux études de cas. Il existait plusieurs méthodes, objectives ou subjectives, d'évaluation de la sialorrhée. La TB était efficace mais les modalités d'utilisation n'étaient pas consensuelles.

Discussion.— La TB est efficace dans le traitement de la sialorrhée et ses effets secondaires sont peu nombreux. Elle a une place certainement importante dans l'arsenal thérapeutique contre la sialorrhée. La littérature offre des pistes de réflexion sur des facteurs prédictifs d'efficacité, permettant de préciser les indications de traitement, mais aucun ne peut être formellement retenu actuellement.

Une évaluation des pratiques françaises par questionnaire est actuellement en cours (ancien Botuloscope élargi). À l'issue des résultats de cette évaluation et au vu des données de la littérature, nous proposerons un protocole d'utilisation et d'évaluation standardisée de la TB dans la sialorrhée de l'enfant PC.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.585>

CO16-004-f

Évaluation de la précarité des familles des enfants cérébro-lésés admis en service de rééducation à l'aide du score EPICES

H. Toure Pellen^{a,*}, B. Bonhomme^a, K. Lind^a, C. Vannier-Nitenberg^b, D. Brugel^a, L. Delbe-Bertin^a, A. Laurent-Vannier^a, M. Chevnard^a

^aService de rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant, hôpitaux de Saint-Maurice, 14, rue du val d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France

^bCentre de santé de la sécurité sociale, rue Baraban, 69006 Lyon, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : h.toure@hopitaux-st-maurice.fr.

Mots clés : Précarité ; Traumatisme crânien ; Enfant ; Évaluation ; Accompagnement social

Le pronostic après lésion cérébrale chez l'enfant est fortement influencé par le niveau socioculturel et le fonctionnement familial. La précarité peut ainsi négativement influencer l'évolution et doit être considérée dans la prise en charge. L'objectif de cette étude était de repérer la précarité des familles des enfants cérébro-lésés admis en service de rééducation afin d'étudier son impact sur la durée d'hospitalisation et d'optimiser la prise en charge.

Matériel et méthodes.— Nous avons mené une étude transversale en mars 2012 dans un service de rééducation accueillant des enfants cérébro-lésés de 0 à 15 ans. Le Score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les centres d'Examens de Santé) permet une évaluation individuelle du niveau de précarité. Il a été proposé à toutes les familles des enfants hospitalisés. Il comporte 11 questions binaires permettant le calcul d'un score compris entre 0 (absence de précarité) et 100 (précarité maximale). La valeur 30,2 est considérée comme seuil de précarité. Les médecins et l'assistante sociale ont effectué une analyse subjective de la précarité.

Résultats.— Quarante-neuf familles sur 53 ont répondu au questionnaire. La majorité habitait en Seine-Saint-Denis (41 %) et dans le Val-de-Marne (23 %). L'âge moyen des enfants était de six ans dix mois avec une majorité de garçons (55 %). Les étiologies principales étaient le traumatisme crânien (TC, 36 %), les tumeurs cérébrales (24 %), les accidents vasculaires cérébraux (18 %), les encéphalites (14 %). Les enfants présentaient des troubles moteurs (61 %), cognitifs (83 %) et comportementaux (45 %).

Selon le score EPICES, 70 % des familles étaient précaires, soit significativement plus que l'appréciation subjective médicale (44 %) et de l'assistante sociale (42 %) ; $p = 0,02$.

Pour sept enfants (14 %), l'hospitalisation était prolongée pour raisons sociales. Contrairement à nos attentes, les familles d'enfants TC étaient moins précaires que les autres (44 % vs 80 %). Conclusion.— L'utilisation du score EPICES, rapide à remplir, validé, prenant en compte la précarité dans sa globalité, permet un meilleur repérage des familles en situation de vulnérabilité sociale et ainsi d'anticiper l'accompagnement nécessaire en aval. Il complète l'évaluation par le PMSI et permet de refléter l'intensité de la prise en charge requise par les familles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.586>

CO16-005-f

Comment les parents perçoivent-ils les douleurs de leurs enfants polyhandicapés ?

S. Boudokhane^{*}, M. Sghir, H. Laajili, H. Migaou, A. Jellad, Z. Ben Salah Frih
Service de rééducation fonctionnelle, CHU de Fattouma Bourguiba de Monastir, avenue du premier juin 5000 Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : soumaya.boudokhane@gmail.com.

Mots clés : Douleur ; Polyhandicapés ; Parents

Le diagnostic des douleurs figure dans la prise en charge des enfants polyhandicapés. La participation des parents dans l'évaluation et la prise en charge est fondamentale notamment pour les enfants non communicants.

Méthodologie.— Nous avons essayé avec l'aide des parents, de dévoiler le problème d'évaluation de la douleur chez les enfants non communicants. Nous avons utilisé des outils simples en hétéro-évaluation que nous avons distribué aux parents d'enfants porteurs de déficiences intellectuelles à l'occasion d'une consultation spécialisée. Ces outils étaient : échelle des visages simplifiés (Simplified FACES Scale, SFS), l'échelle Douleur Enfant de San Salvador (DESS) traduite en arabe et la figure du bonhomme pour aider les parents à localiser la douleur de leurs enfants.

Résultats.— L'âge moyen des enfants était de $13,8 \pm 8$ ans. La valeur moyenne de l'échelle des visages était de $1,3 \pm 0,6$ et celle de DESS de $5,25 \pm 4,35$. D'après la réponse des parents, la douleur était certaine dans 87,5 % des cas selon l'échelle des visages, alors que le score de DESS était supérieur ou égale à 6 dans seulement 37,5 % des cas. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre ces deux échelles d'hétéro-évaluations. Selon les parents, les séances de kinésithérapie et l'appareillage de posture étaient en cause des douleurs dans 25 % des cas et la douleur était localisée surtout au niveau des genoux (44,4 %) et des hanches (27,7 %).

Discussion.— La perception par les parents des douleurs de leurs enfants semblent être sous-estimée par l'échelle de DESS. Cependant, l'utilisation de ces outils en hétéro-évaluation et en consultation spécialisée, semble pouvoir aider à la détection de ce problème et donc la proposition d'un traitement approprié. Nous proposons une éducation des parents à l'utilisation des ces échelles.

Pour en savoir plus

Terri Voepel-Lewis, Shobha Malviya, and Alan R. T. Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *pain management nursing* 2005;6(4): p. 168–74.

Kellie L. Haddena, Carl L. Von Baeyer. Pain in children with cerebral palsy: common triggers and expressive behaviors. *Pain* 2002;99: p. 281–88.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.587>